



## Wniosek o bezzwrotną zapomogę ze środków Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

### 1. Dane personalne wnioskodawcy:

.....  
( nr PWZ )

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... - ..... - .....  
rok m-c d

tel. komórkowy ..... e-mail .....

### 2. Miejsce pracy:

Nazwa zakładu: .....

Adres zakładu: kod poczt ..... ul. ....  
(Miejscowość)

Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej .....

Stanowisko pracy ..... zatrudniona(y) od ..... - ..... - .....  
rok m-c d

### 3. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej - proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

| Okres |    | Nazwa i adres zakładu pracy |
|-------|----|-----------------------------|
| od    | do |                             |
|       |    |                             |
|       |    |                             |
|       |    |                             |

### 4. Zaprzestanie wykonywania zawodu złożone w CRPiP\*od dnia 1 kwietnia 2025- proszę podać dokładne daty /dzień, miesiąc, rok/ (za okres ostatnich 5 lat)

od ..... do .....

### WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY WNIOSKODAWCY

### 5. Poświadczenie zakładu pracy o opłacaniu składek przez wnioskodawcę

Zaświadczam, że Pani/Pan .....

od dnia ..... - ..... - ..... ma regularnie potrącane  
rok m-c d

1. i odprowadzane składki członkowskie na rzecz WOIPiP w wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłoszonego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym (zaokrąglona do pełnego złotego).

.....  
Pieczęć zakładu

.....  
Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

.....  
Data poświadczenia

## 6. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, iż:

- Znana mi jest treść regulaminu komisji socjalnej WOIPiP
- Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych informacji (art. 247 Kodeksu Karnego).

**Do wniosku dołączam:**

- Podanie o przyznanie zapomogi,
- Zaświadczenie o opłacaniu składek na rzecz samorządu za ostatni 5-letni okres lub od momentu powstania tego obowiązku (data wpisania do rejestru WOIPiP)
- **W przypadku choroby:**
  1. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia,
  2. rachunki za poniesione dodatkowe koszty leczenia,
- **W przypadku śmierci współmałżonka lub dziecka członka samorządu** - akt zgonu
- **Dokument potwierdzający trwale kalectwo** (niepełnosprawność fizyczną lub umysłową) w przypadku, o którym mowa w §11 pkt 4
- **W przypadku śmierci członka samorządu** - akt zgonu oraz akt stanu cywilnego dokumentujący pokrewieństwo osoby zainteresowanej, o której mowa w §9 względem członka samorządu,
- **W przypadku kradzieży** – zaświadczenie o zakończeniu postępowania wyjaśniającego,
- **W przypadku innych zdarzeń losowych** – zaświadczenia od stosownych instytucji.
- Członek samorządu zwolniony od opłacania składek członkowskich na podstawie uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych – dokument potwierdzający uprawnienie do zwolnienia

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Żelazna 59, 00-848 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....  
rok                      m-c                      d

.....  
**(Czytelny podpis wnioskodawcy)**

### WNIOSKI NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE!

**\*Za zaprzestanie wykonywania zawodu, rozumie się złożenie w dziale PWZ WOIPiP wniosku, który zostanie odnotowany w CRPiP**

### Okresy nieskładkowe do dnia 31 marca 2025r.

| Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:                                                                                                                              | okres |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|
|                                                                                                                                                                                                    | od    | do |
| które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.                                                             |       |    |
| bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy ,pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy                                                                                      |       |    |
| wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,                                                                                                                                                  |       |    |
| przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,                                                                                                             |       |    |
| pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu. |       |    |
| będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,                                                                              |       |    |
| pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.                                                                                                                                        |       |    |
| niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne                                                                                               |       |    |